

de werkwijze toegelicht. Net als ik waren de assistentes heel erg enthousiast over de Telefoonwijzer. Die ziet er goed uit en alles is heel overzichtelijk.'

Toch blijkt dat er niet altijd zo gemakkelijk naar wordt gegrepen als misschien werd gehoopt. 'We hebben een heel kleine balie, en de Telefoonwijzer is erg groot. Hij kan dus niet gewoon blijven liggen, maar moet steeds worden gepakt. Bovendien moet de assistente een aantal dingen tegelijk doen: de telefoon vasthouden, praten met de patiënt, de computer bedienen en dan ook nog de Telefoonwijzer doorbladeren. Dat lukt niet altijd even goed, en dan blijken de assistentes vaak pas achteraf te kijken of ze het wel goed gedaan hebben. Soms zien ze dat ze beter iets anders hadden kunnen vragen of doen en dat is dan wel heel leerzaam. Het zou me dan ook niet verbazen als de Telefoonwijzer op grote schaal gebruikt gaat worden als nascholingsproduct voor assistentes.'

Dat is allemaal heel mooi en aardig, maar betekent dat niet dat de Telefoonwijzer haar eigenlijke doel voorbij schiet? 'Nee, ik denk dat dat bepaald geen ramp is. We hebben iets dergelijks ook gezien bij de standaarden. En als de protocollen eenmaal zijn ingevoerd in de computer, zullen ze ook aan de telefoon buitengewoon bruikbaar blijken.'

In de praktijk van Paul Giessen werkt Marije van Haaren als assistente. Overigens is zij tevens werkzaam in een huisartsenpost, maar wij vroegen haar specifiek naar haar ervaringen met de Telefoonwijzer in de 'gewone' dagelijkse praktijk.

'Ik vind het een buitengewoon nuttig product, maar bij de gewone telefoontjes gebruik ik hem niet zo vaak. Je kent de mensen en hun achtergrond goed en dat maakt de situatie heel anders dan in de diensten. Bovendien heb je de urgentievragen, die in de dienst juist zo handig zijn, in de dagelijkse praktijk zelden nodig.'



*Marijen van Haaren is als praktijkassistent werkzaam in Gezondheidscentrum 't Weeshuis te Nijmegen. Daarnaast is zij al direct vanaf de oprichting in 1998 werkzaam als assistente in Huisartsenpost Nijmegen.*

Dat komt volgens Van Haaren ook doordat in gezondheidscentrum 't Weeshuis het triagesysteem al erg goed is. 'Alle assistentes hier weten echt wel wat ze moeten vragen als bijvoorbeeld een kind hoge koorts heeft. Wij hebben elke maand een werkoverleg, waarin we steevast een halfuurtje aan nascholing besteden. Overigens is de Telefoonwijzer dáár wel buitengewoon handig bij. Tot dusver moesten we steeds zelf verzinnen over welk onderwerp we onze kennis wilden opfrissen, maar nu kunnen we dat met behulp van de Telefoonwijzer heel systematisch gaan doen.'

De Telefoonwijzer is kortom wat minder nuttig in de dagelijkse huisartspraktijk. 'Ja, maar dat is ook logisch. Overdag komen spoedgevallen maar zelden voor en áls ze voorkomen, dan ken je de patiënten die het betreft persoonlijk. Paniek tast het beoordelingsvermogen van mensen aan en dan kun je niet meer afgaan op wat ze zelf zeggen, óók niet als je keurig de vragen uit de Telefoonwijzer stelt. Dan moet je dus je eigen ervaring en gevoel inschakelen om de situatie te kunnen inschatten. Maar ik denk dat dat voor beginners in het vak heel anders is; die zullen veel meer hebben aan de Telefoonwijzer. En dat geldt wellicht ook voor praktijken waar de nascholing minder goed is opgezet dan hier.' (AS)

## Terugdringen van overmatig slaapmiddelengebruik: Een stapsgewijze aanpak

Chronisch slaapmiddelengebruik is een lastig probleem om aan te pakken. Alle argumenten zijn bekend: na twee weken helpen de pillen niet meer bij het slapen, terwijl de bijwerkingen wél blijven voortduren. Het is dus duur en het is schadelijk. Helaas is bijna elke patiënt ervan overtuigd dat de slaapmiddelen hem of haar juist uitstekend helpen, en iedere praktijk heeft dan ook wel een groep patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruikt. Een verloren zaak? Of valt er met een stapsgewijze aanpak toch winst te boeken?

### Casus

U wordt met spoed geroepen bij mevrouw Ten Cate, 82 jaar. Zij is gevallen en ligt nog op de grond als u aankomt. Ze vertelt dat ze de laatste dagen wat slechter ter been is. Ze was vanmorgen toen ze opstond nog erg moe en is in de keuken over de drempel gestruikeld. Ze heeft een heupfractuur, waarvoor u mevrouw naar het plaatselijke ziekenhuis verwijst.

Als u naar huis rijdt realiseert u zich dat u mevrouw een paar dagen

geleden temazepam 10 mg heeft voorgeschreven omdat ze de laatste tijd door familieomstandigheden slecht sliep. U probeerde mevrouw nog van de slaapmiddelen af te houden, maar ze hield voet bij stuk: haar vriendinnen slikken ze ook al jaren! En zie...wat zijn de consequenties?!

U besluit nu toch eindelijk eens een plan van aanpak te maken om het slaapmiddelengebruik in uw praktijk terug te dringen.

### Het stappenplan

Om het onderwerp aan te pakken, kunt u (samen met de assistente) gebruikmaken van het vierstappenplan van de zogeheten kwaliteitscyclus:

1. Wat pakken we aan? Wat is ons onderwerp? Wat is ons doel? Wat willen we bereiken?
2. Wat is de stand van zaken?
3. Hoe pakken we het aan? Het maken van een plan en het uitvoeren ervan.
4. Wat is het resultaat? Evaluatie van het verbeteringsproject en eventueel het bijstellen van het plan.

Over de resultaten van een verbeteringsproject als dit kunt u in uw jaarverslag rapporteren.

### Stap 1. Wat pakken we aan?

Naar aanleiding van bovenstaande casus wilt u een kwaliteitsproject starten met als doel het terugdringen van het slaapmiddelengebruik in uw praktijk. U kunt zich daarbij richten op het totale slaapmiddelengebruik, maar u kunt ook een of meer deelprojecten starten, bijvoorbeeld om dubbelgebruik tegen te gaan of – vanwege de schrik om wat is gebeurd met mevrouw Ten Cate – om het gebruik van slaapmiddelen van ouderen in uw praktijk waar mogelijk te minimaliseren. Dit doel kunt u in stap 2 nog wat nader toespitsen.

### Stap 2. Wat is de stand van zaken?

#### a. Het inventariseren van het slaapmiddelengebruik in de praktijk

Hoe omvangrijk is het gebruik van slaapmiddelen in uw eigen praktijk? Voor het antwoord op deze vraag kunt u de apotheker vragen een uitdraai te maken van de in de laatste twaalf maanden in uw praktijk voorgeschreven benzodiazepines en tevens zolpidem en zopiclon.

Bij de geselecteerde groep patiënten kunt u kijken naar verschillende aspecten om inzicht te krijgen in het problematisch gebruik van slaapmiddelen in uw praktijk:

- *Chronisch gebruik van slaapmedicatie.*
- *Te hoge dosering bij patiënten ouder dan 65 jaar.* Ouderen hebben veelal een tragere afbraak van slaapmiddelen en ondervinden voldoende effect bij de geriatrische dosering: de helft van de normale dosering.
- *Dubbelgebruik.* Indien sedering overdag gewenst is, wordt aanbevolen langerwerkende benzodiazepines voor te schrijven en niet verschillende middelen door elkaar te laten gebruiken.
- *Meest voorgeschreven middelen.* De middelen van eerste keuze zijn benzodiazepines met een korte werking, zoals temazepam, lormetazepam of brotizolam. De tweede keus is zolpidem. Vallen de middelen die u het meest voorschrijft hieronder?

Aan de hand van deze gegevens kunt u zelf bepalen op welk deelprobleem u zich het beste kunt richten.

#### b. Het in kaart brengen van de praktijkorganisatie met betrekking tot slaapmedicatie

Om een idee te krijgen van de precieze oorzaak van overmatig slaap-

middelengebruik in uw praktijk, kunt u de praktijkorganisatie met betrekking tot het voorschrijven van slaapmedicatie in beeld brengen. Beschrijf uw eigen rol in het voorschrijven van slaapmiddelen, die van uw assistente en de manier waarop het HIS u hierbij kan ondersteunen. Het NHG heeft hiervoor een checklist ontwikkeld, te vinden op <http://nhg.artsennet.nl>. In de checklist is een onderscheid gemaakt tussen het voorschrijven van het eerste recept en van herhalingsrecepten.

#### ► *Het eerste recept*

Door het eerste recept zeer terughoudend en zorgvuldig voor te schrijven kan chronisch gebruik worden voorkomen. Hoe gaat u hier zelf mee om? Geeft u maximaal twee weken? (Na die tijd is gewenning opgetreden en werkt het slaapmiddel niet meer voldoende.) Laat u de patiënt terugkomen na twee weken? Voorlichting over de werking, de bijwerkingen en het gevaar voor afhankelijkheid is hierbij zeer belangrijk. Het kan lastig zijn als een andere arts, bijvoorbeeld tijdens de dienst of een ziekenhuisopname, het eerste recept heeft voorgeschreven. Bestaan hierover afspraken zowel in uw eigen praktijk als met de huisartsenpost?

#### ► *Herhalingsrecepten*

Bij herhalingsrecepten is er vaak sprake van chronisch gebruik en afhankelijkheid van slaapmiddelen. Veelal komen de telefonisch aangevraagde herhalingsrecepten slechts bij u langs voor een handtekening. De afspraken die u hierover met uw assistente maakt zijn cruciaal, want zij moet weten wie er wel en niet een herhalingsrecept mogen en wie op het spreekuur moeten komen, en wat ze moet doen als een patiënt te vroeg om een herhalingsrecept vraagt. Hoe is dit in uw praktijk geregeld?

Verschillende onderdelen van de praktijkorganisatie kunnen voor verbetering in aanmerking komen: de aanpak van de huisarts, afspraken met de assistente of de programmering van het HIS. Als u iets wilt veranderen in de praktijk, denk dan aan die onderdelen die relatief weinig moeite kosten maar die wel een grote invloed op het chronisch of problematisch gebruik van slaapmiddelen hebben.

*Karen Spaninks, huisarts,  
wetenschappelijk medewerker NHG*

In het volgende nummer van H&W komen aan de orde:

- 2c. Het formuleren van knelpunten en weerstanden om het beleid in de praktijk te verbeteren.
3. Het formuleren en uitvoeren van een plan van aanpak.
4. De evaluatie van de resultaten en eventueel het bijstellen van het plan van aanpak.

Zie ook het artikel 'Bij de casus over slaapmedicatie: Een sprookje voor het slapen gaan' in het januarinumnummer van *In de Praktijk* (Huisartswet 2003;46:60).